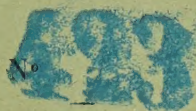


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. DANGY

LA

NÉVRALGIE FACIALE
ESSENTIELLE
ET SON TRAITEMENT

Président : M. H. CLAUDE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1922

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

423

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. DANGY

LA

NÉVRALGIE FACIALE
ESSENTIELLE
ET SON TRAITEMENT

Président : M. H. CLAUDE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La grande névralgie faciale, dite encore névralgie faciale essentielle, afin de l'opposer aux formes symptomatiques, provoque chez les patients qui en sont atteints des crises douloureuses trop pénibles et trop fréquentes pour que des moyens thérapeutiques multiples n'aient pas été mis en œuvre pour les soulager. Malheureusement, les analgésiques divers, dont nous disposons, les moyens physiques usités (courants galvaniques, de haute fréquence, ionisation, radiothérapie), n'apportent dans les formes intenses qu'une sédation insuffisante ou trop peu durable des accidents douloureux. L'alcoolisation des branches de la V^e paire, à la base du crâne, pratiquée d'abord par MM. Lévy et Baudouin et ensuite par M. Sicard, en réalisant une section physiologique du nerf, et, partant la cessation des crises douloureuses, constituait donc un progrès considérable dans la thérapeutique de cette affection. Mais le plus souvent, cette guérison n'est que temporaire. Avec la régénération des fibres nerveuses, si les cellules du ganglion de Gasser qui en constituent le centre trophique sont restées saines, réapparaissent les douleurs, après un temps variable, qui peut ne pas

excéder trois à six mois. Il devait donc naturellement venir à l'esprit de supprimer le centre trophique lui-même.

Mais la difficulté pour aborder le ganglion de Gasser, qui rend cette opération toujours très grave, les troubles trophiques qu'elle entraîne, l'impossibilité souvent d'extraire le ganglion en entier, auquel cas l'on ne peut espérer qu'une guérison incomplète, ont paru aux chirurgiens les plus experts et les plus audacieux, des arguments suffisants pour abandonner cette intervention. C'est à deux neurologistes étrangers, Van Gehuchten en Belgique, Spiller aux Etats-Unis, que revient le mérite d'avoir proné la résection de la grosse racine du trijumeau en arrière du ganglion de Gasser, dont elle constitue en quelque sorte une résection physiologique.

Les multiples avantages de cette intervention — pratiquée d'abord en Amérique par Frazer et par Cushing, en France par M. de Martel — auquel revient le grand mérite d'en avoir précisé la technique et de l'avoir vulgarisée dans notre pays, la rendront certainement de plus en plus courante. La neurotomie rétro-gassérienne, opération relativement bénigne, entre des mains expertes, est seule susceptible d'assurer une guérison définitive dans la névralgie essentielle.

Encore faut-il savoir ne l'utiliser que dans les cas où il peut donner des résultats favorables. La neurotomie rétro-gassérienne dans les névralgies symptomatiques, ou dans ces formes atypiques de névral-

gisme facial, de cénestalgie, aboutirait à des échecs qui ne sauraient lui être imputés.

Poser les indications opératoires consiste donc à faire un diagnostic précis, que l'examen minutieux du malade peut seul fournir au clinicien.

L'étude symptomatique de la grande prosopalgie et des caractères qui permettent de la distinguer des autres algies de la face constitue donc le prélude nécessaire à toute intervention thérapeutique.

LA
NÉVRALGIE FACIALE ESSENTIELLE
ET SON TRAITEMENT

I

DESCRIPTION SYMPTOMATIQUE

La névralgie faciale essentielle survient en général à la période moyenne de la vie, entre 40 et 60 ans. Pour ainsi dire inconnue chez l'enfant, c'est une affection frappant surtout les personnes d'un certain âge, et assez fréquemment des vieillards.

Les statistiques indiquent qu'elle est plus souvent rencontrée chez la femme que chez l'homme.

Elle survient sans cause apparente, aussi l'appelle-t-on essentielle, pour bien la distinguer des névralgies symptomatiques, ou encore de ces algies faciales atypiques dont nous ignorons encore la nature ; algies dites sympathiques, par certains auteurs, et qui n'évoluent le plus souvent que chez de grands ou de petits psychopathes latents ou avérés. Le terrain neuroarthritique, au contraire comme l'avait montré Brissaud, est celui qui appartient à la grande prosopalgie. La coexistence avec l'asthme, plus fréquemment la migraine, en est un témoin. Le

caractère évolutif des accidents, apparaissant sous formes de crises paroxystiques, est un caractère commun à ces trois affections ; et l'existence de choc vasculo-sanguin, assez fréquemment constaté chez deux d'entre elles, permet de se demander s'il ne mériterait pas d'être recherché dans le troisième ? C'est là d'ailleurs une pure hypothèse que nous soulevons.

La névralgie faciale essentielle débute chez des gens jusqu'alors bien portants. Elle apparaît brusquement, sans que le malade puisse invoquer une infection ou un traumatisme quelconque, ayant pu y contribuer.

Il ressent tout à coup un élancement vif, douloureux, intense, dans une région variable de la face, lèvre, aile du nez, arcade dentaire. La douleur disparaît, puis après un temps très variable, spontanément, ou à l'occasion d'un mouvement quelconque survient la crise véritable. La douleur réapparaît brusquement, déchirante, intense, généralement au point où elle s'était déjà manifestée, presque aussitôt surviennent des irradiations à forme d'éclair, terriblement douloureuses. La crise ne s'en tient pas à la douleur seule, le facial entre en scène et manifeste son irritation par la contracture de la face, obligeant le malade à des grimaces involontaires. L'accès est à ce moment à son apogée puis les phénomènes vaso-moteurs apparaissent, la peau et les muqueuses rougissent, l'œil s'injecte, en même temps qu'il y a sécrétion de la salive, des larmes et de la muqueuse

nasale. Enfin le calme revient, laissant le malade dans l'angoisse de voir une nouvelle crise se déclarer.

Cette triade symptomatique n'est pas toujours aussi complète dans tout accès de névralgie essentielle, et l'on peut être amené à admettre les formes suivantes : une forme fruste, ou l'élément douloureux, tout en ayant un caractère paroxystique et discontinu, est assez limité et demeure encore d'intensité supportable.

Une forme douloureuse, dans laquelle l'intensité de la douleur est portée à son maximum, mais reste le symptôme prédominant, sans élément moteur, ni vaso-moteur très marqué.

Enfin une forme complète, qui constitue le tic douloureux décrit par Trousseau, et où l'on trouve réunis les éléments sensitifs, moteurs et vaso-moteurs, correspondants aux rôles que peuvent jouer le trijumeau, le facial et le système sympathique.

Que l'on envisage l'une ou l'autre de ces trois formes cliniques, nous pourrions réunir un ensemble de caractères précis, permettant de les faire rentrer dans le cadre de la névralgie essentielle.

Dans la forme envisagée actuellement, la douleur ne se manifeste que d'un seul côté de la face, et, non seulement, elle possède ce caractère d'unilatéralité mais encore elle n'atteint pas d'emblée tout le territoire innervé par les trois branches du trijumeau ; une seule branche, ou, s'il y en a deux d'intéressées, avec prédominance de l'une, est touchée et on peut

citer à ce propos la plus grande fréquence de la névralgie faciale du maxillaire supérieur, qui dans une statistique de M. Baudouin portant sur 107 cas, en donnait 57 où le maxillaire supérieur était souffert, le maxillaire inférieur était intéressé dans 21 cas, les autres intéressaient les deux branches à la fois.

L'extension aux autres branches de la V^e paire doit être assez lente, pour que l'on ne puisse avoir de doute sur ce caractère important. /

Tous les auteurs ont fait remarquer, avec beaucoup d'insistance, le caractère discontinu de la douleur. Elle doit apparaître sous forme de crises violentes, décomposables en un certain nombre d'accès, ceux-ci pouvant varier de quelques-uns à plusieurs centaines. Les traitements qui réussissent si bien dans le cas de névralgie essentielle prouvent d'ailleurs, par leur échec dans les névralgies à type de douleur continue, que celles-ci ne rentrent certainement pas dans le cadre de la grande prosopalgie.

Une atteinte des autres nerfs crâniens, dans le même moment où il y a névralgie du trijumeau, et se manifestant par exemple par une paralysie faciale, fait écarter le diagnostic de névralgie essentielle.

Enfin, on ne constate jamais, dans le cas de grande prosopalgie d'hypoesthésie ou d'anesthésie dans le territoire de la V^e paire, sauf si le malade a été soumis à une alcoolisation antérieure auquel cas l'anesthésie s'explique par la section physiologique

qui en résulte. La sensibilité est normale, ou il existe de l'hyperesthésie dans le cas de névralgie faciale essentielle.

On a pu noter, mais bien rarement semble-t-il, la disparition spontanée des douleurs après un premier accès, mais si l'évolution en est variable, plus ou moins lente, laissant de longs répit au malade, la maladie suit d'ordinaire une marche progressive et parfois très rapide, aboutissant en quelques mois à un état douloureux continu. Le moindre mouvement suffit souvent à déclancher les crises ; les malades s'entourent alors de précautions minutieuses gardant l'immobilité, ne prenant que du liquide, ne parlant pas. Malgré cela les crises se rapprochent. Si la névralgie garde souvent son point de départ initial, les irradiations fulgurantes, s'étendent peu à peu aux autres branches du trijumeau, l'intensité des douleurs augmente et conduit souvent le malade non traité au suicide ou à la morphomanie.

Non pourrons donc en résumé diagnostiquer une névralgie essentielle lorsque nous trouverons réunis les symptômes dont nous venons de faire un rapide exposé. Unilatéralité de la douleur et sa discontinuité, survenant par crises paroxystiques décomposables en un certain nombre d'accès, intégrité de la sensibilité objective avec plus souvent de l'hyperesthésie, envahissement très progressif des branches du trijumeau et limitation stricte à son territoire, intégrité enfin des autres nerfs craniens.

II

Si dans les formes typiques de grande prosopalgie, l'aspect du tableau clinique ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie, nombreux sont les cas où l'aspect du malade n'est pas aussi frappant ; c'est alors que le diagnostic peut se discuter avec les autres formes d'algies faciales.

La distinction n'est donc pas toujours aisée entre certaines formes de névralgie faciale essentielle et la névralgie symptomatique dont nous rappelons les principaux traits brièvement.

La névralgie symptomatique s'accompagne de points douloureux de Valleix, qui manquent toujours dans la névralgie essentielle. S'il est impossible le plus souvent de faire un examen objectif du malade pendant la crise, ces points font régulièrement défaut lorsque l'accès est calmé. L'intensité et le caractère fulgurant de la douleur n'existe pas ici et les malades sont plus incommodés par la continuité que par l'acuité de leurs souffrances.

Au lieu des terribles paroxysmes douloureux de la prosopalgie avec point de départ et irradiations très souvent les mêmes, ces malade n'accusent qu'une douleur vague dans son intensité comme dans sa

topographie. Au lieu de l'hyperesthésie ou de l'état normal de la sensibilité persistant dans la névralgie faciale essentielle, on rencontre fréquemment de l'anesthésie dans le territoire du trijumeau.

En présence de ce tableau clinique, il faut rechercher à la douleur une cause qui peut être plus ou moins aisée à déceler.

Les causes intéressant le trijumeau en dehors du crâne devront être recherchées les premières. Ce sera une carie dentaire, une périostite, une infection des sinus, une otite, qui seront le plus fréquemment relevés dans les antécédents du malade, à tel point que trop souvent la confusion se fera au profit de la névralgie symptomatique et que les sujets, atteints de névralgie essentielle, seront soumis à de nombreuses interventions n'atteignant pas le résultat escompté.

Les lésions, pouvant toucher le trijumeau entre son origine protubérantielle et les trous de la base du crâne, seront plus difficiles à diagnostiquer. Ici, comme en dehors du crâne, les processus tuberculeux, cancéreux ou syphilitiques pourront léser la V^e paire.

Le diagnostic est loin d'en être toujours aisé.

L'atteinte endocranienne du trijumeau se manifestera cependant par de l'anesthésie ou de l'hypoesthésie avec ou sans douleur. L'anesthésie ne se rencontrant encore une fois jamais dans la prosopalgie pure.

M. Sicard a fait remarquer que la réaction de la racine bulbo-gassérienne ou du noyau de la V^e paire

était le plus souvent indolore, alors que celle du ganglion de Gasserou de ses branches vis-à-vis d'un processus destructeur lent était toujours douloureuse, ce qui permet ainsi de conclure à une atteinte pré ou rétro-gassérienne du trijumeau.

Si l'on peut faire une distinction entre la névralgie faciale essentielle et les algies de l'ophtalmique consécutives à un zona du territoire de ce nerf : en raison même de l'existence du zona, du genre de douleur, en général continue, et de caractères généraux différents de ceux de la grande prosopalgie, il y a intérêt à les diagnostiquer de façon aussi précise que possible en raison de ce qu'elles ont pu être l'objet d'interventions chirurgicales réservées à la névralgie essentielle.

Il est intéressant de signaler ici les algies faciales d'origine centrale, en rapport avec une lésion de la racine descendante du trijumeau. Outre le caractère continu de la douleur qui permettra de les distinguer de la névralgie essentielle, l'atteinte concomitante des voies sensitives, motrices ou cérébelleuses, fait que ce diagnostic ne se posera même pas. Il n'en est toutefois pas forcément ainsi ; et pour exceptionnel qu'il soit, nous pensons utile de rappeler le fait récent d'algie faciale au cours d'une syringomyélie, intéressant dans le bulbe la substance gélatineuse de Rolando, publié par M. Foix.

Cet auteur a insisté dans cette observation sur la topographie mal limitée de la douleur, son caractère pour ainsi dire continu, et où les paroxysmes

douloureux n'avaient ni l'intensité, ni la brièveté de la névralgie essentielle, la nature plus sourde, contusive, brûlante si l'on peut dire de la souffrance. Les troubles vaso-moteurs sudoraux et sécrétoires, étaient très accusés et auraient pu attirer l'attention sur la participation du sympathique, alors qu'en raison de leur marche parallèle avec la douleur, leur origine réflexe semblait plus définie. Enfin dans le cas présent il y eut atteinte — tardive il est vrai — du trijumeau opposé et dont la lésion d'origine centrale fut démontrée, à l'autopsie, par l'existence d'une fente syringomyélique débutant symétriquement à la première.

La névralgie symptomatique présentera donc en résumé un ensemble de signes qui permettront de la classer à part. L'étiologie retrouvée ou évidente, l'existence des points de Valleix l'hypo ou l'anesthésie dans le territoire du trijumeau, le caractère continu surtout de la douleur plus encore que son intensité très variable suivant les formes en formeront ainsi les principaux caractères et assureront le diagnostic du médecin.

A côté de ces formes symptomatiques, il existe des formes d'algies faciales, dont la classification est aujourd'hui encore assez malaisée, mais qu'il convient au plus haut point de bien savoir distinguer de l'algie faciale essentielle, car la thérapeutique qui est susceptible de donner les résultats les meilleurs et les plus durables dans cette dernière, est vouée à un échec certain dans le cas qui nous intéresse en ce moment.

Ces algies signalées sous des noms divers « algies sympathiques », « névralgisme facial » de Sicard, « cénestalgies » présentent un certain nombre de caractères sur lesquels nous désirons insister. Deux éléments principaux doivent permettre de les distinguer de la névralgie essentielle : les caractères de la douleur, autant que l'aspect du malade ; le terrain sur lequel elles se développent. Là encore, il s'agit le plus souvent de douleurs continues ou tout au moins dont les paroxysmes ne sont pas séparés par des phases intercalaires de repos complet. Pour si aiguë qu'elle puisse paraître et bien que le malade objective sa douleur de façon encore plus impressionnante que dans la grande prosopalgie, ce dernier donne nettement l'impression d'exagérer ses souffrances.

La topographie même des douleurs est différente. Elles sont souvent bilatérales, bien que prédominant d'un côté, ou encore elles dépassent la sphère du trijumeau, se propagent dans la nuque, dans le cou, dans le domaine du plexus cervical. Les crises s'accompagnent souvent de troubles vaso-moteurs particulièrement intenses (hémi-rougeur de la face, sudation, etc).

L'apparition des crises, l'intensité des douleurs, ou leur redoublement, sont manifestement influencés par le ton émotionnel du malade, les ennuis, les soucis, les contrariétés. Autant dire que ces formes atypiques ne se présentent que chez des névropathes plus ou moins émotifs, impressionnables ; ou même chez

de petits psychopathes (anxieux, douteux, phobiques, etc).

Si l'alcoolisation préalable a pu servir de moyen pour distinguer certaines formes douloureuses où le diagnostic était imprécis, M. Baudouin fait remarquer que dans le cas qui nous occupe une simple piqûre anesthésique locale qui ne supprimerait pas la douleur, malgré l'anesthésie qui en résulte si elle touche le point cherché, montre nettement la part de l'élément mental dans la douleur ressentie par le sujet.

Et ce dernier caractère serait encore plus précieux au cas où la névralgie essentielle, survenant chez un névropathe, pourrait ne pas s'imposer à l'esprit en raison des antécédents du malade.

Quoiqu'il en soit, la cause de ces algies reste encore assez obscure, comme celui de la grande prosopalgie. Somme toute, il est permis de penser que deux facteurs interviennent dans ces formes d'algies : la nature du terrain sur lequel elles se développent et d'autre part l'existence d'une épine organique dans le domaine de la V^e paire et dont la nature n'est pas toujours aisée à déceler.

Dans les formes où les phénomènes subjectifs, l'élément émotionnel sont au premier plan, ces algies se rapprochent particulièrement des cœnestopathies décrites par Dupré.

III

TRAITEMENT DE LA GRANDE NÉVRALGIE FACIALE

La description symptomatique et les divers aspects cliniques sous lesquels peut se présenter la névralgie faciale essentielle, relativement variable dans son uniformité même, permettent de penser que les indications thérapeutiques seront différentes elles-mêmes suivant les cas envisagés.

Il y aura lieu de tenir compte, de l'intensité de la douleur, du début plus ou moins récent de l'affection, de la fréquence des crises, de l'état général et de l'âge du malade.

La thérapeutique médicamenteuse est la première à laquelle on aura recours dans les formes légères ou débutantes.

En dehors des calmants généraux et des préparations à base d'opium, l'aconitine paraît avoir une action élective dans l'algie faciale essentielle. Les doses sont les mêmes, que l'on emploie l'azotate d'aconitine ou l'aconitine cristallisée : prises sous forme de granules dosés au 1/10 de milligramme, la dose quotidienne ne doit pas dépasser un demi-

milligramme. Les réactions à ce médicament sont souvent différentes suivant les sujets. Les fourmillements de la langue et de la face, une sensation d'enflure de la tête sont parmi les premiers signes d'intoxication. En raison même de son effet variable, le malade devra rester sous la surveillance étroite du médecin, quel que soit le dosage prescrit.

On pourra avoir recours à un certain nombre d'agents physicochimiques-électricité, ionothérapie, radiothérapie.

On s'accorde à écarter le courant faradique des traitements de la névralgie faciale, en raison de son action revulsive et nonsédative. Tout au plus a-t-on pu l'essayer, et avec prudence, dans des formes trainantes, frustes, où le courant galvanique avait été essayé en donnant de l'amélioration.

Le courant galvanique est employé à des intensités variables : 15 à 100 milliampères, mais avec tendance à se servir de fortes intensités. Aussi les électrodes doivent elles être assez grandes pour pouvoir permettre une intensité tolérable. Les séances sont assez longues, pouvant durer de quarante minutes à une heure et davantage. Les électrodes sont entourées de linges humides et appliquées : la positive, en raison de son pouvoir dépressif et calmant sur la région à traiter. L'électrode négative sera placée entre les épaules ou sur les reins du malade.

Ces fortes intensités, auxquelles on tend de plus en plus, non seulement obligent à augmenter la dimension des électrodes mais encore ne doivent pas

être sujettes à des variations trop brusques ce qui rend les séances pénibles pour le malade et peuvent les rendre dangereuses.

Au lieu de se servir d'électrodes imbibées d'eau pure, on peut employer une solution d'acétate d'aconitine (1 milligr. pour 1.000) qui sera ainsi absorbée par voie d'ionisation. L'électrode active est alors la négative, elle est appliquée sur la région à traiter et les ions aconitine tendent à remonter à travers les tissus vers le pôle +. On objecte à cette méthode, que si les voies pénètrent bien les tissus, ils ne vont pas nécessairement à l'endroit que l'on a cherché à atteindre.

Nous pouvons citer enfin parmi les formes nombreuses sous lesquelles l'électricité a pu être employée : les courants de haute fréquence, sous la forme particulière de thermopénétration ou de diathermie et certains auteurs, comme M. Heinrich, F. Wolf (du Mount Sinai Hospital) a pu réunir un certain nombre de cas d'amélioration notable par cette méthode.

On a prétendu enfin améliorer un certain nombre de cas par le traitement par l'air chaud ou par les bains de lumière.

On rencontre, et surtout au début d'une névralgie faciale, des formes bien localisées à un rameau du trijumeau. La méthode des injections périphériques d'alcool, compte à son actif dans de cas semblables d'assez nombreux succès.

On ne peut guère chercher à atteindre ainsi que

les trous sus-orbitaire sous-orbitaire, mentonnier, l'orifice du canal palatin.

Cette méthode des injections périphériques réalise, non seulement la section physiologique du rameau nerveux, mais encore agit d'une autre façon, comme l'a indiqué M. Jaboulay au Congrès de Chirurgie de 1908. L'irritation ainsi produite de la branche nerveuse se traduit sur le ganglion de Gasser par une chromolyse plus ou moins accentuée et plus ou moins durable, des cellules de ce ganglion, et par la même, on conçoit que si la douleur peut céder dans des cas légers, il n'en est pas de même dans les névralgies un peu intenses où l'effet peut être nul ou d'action très passagère.

Remarquons d'ailleurs que cette technique des injections périphériques trouve beaucoup plus fréquemment ses indications dans la névralgie symptomatique que dans la grande névralgie faciale.

IV

Nous avons mentionné ces divers moyens thérapeutiques, qui dans les formes frustes peuvent donner des résultats appréciables et ont en tout cas l'avantage de ne présenter aucun danger ; mais il faut le dire hautement : dans la grande prosopalgie, le tic épileptiforme de Trousseau, ils ne sont susceptibles que d'améliorer, d'une façon temporaire ou insuffisante, le malade, ou même restent sans aucun résultat.

L'on est donc alors dans l'obligation de recourir à d'autres méthodes plus actives. Deux se présentent à nous qui reposent d'ailleurs sur le même principe : l'alcoolisation du trijumeau à la base du crâne et la neurotomie rétrogassérienne.

Avec la méthode de l'alcoolisation profonde qui a eu pour promoteurs en France, M. Lévy et Baudouin et M. Sicard, les succès dans les cas de névralgie essentielle, s'ils n'ont pas donné une guérison totale et définitive dans tous les cas qui lui ont été soumis, a produit une cessation complète de la douleur pendant un laps de temps allant souvent jusqu'à trois ans.

Cette méthode malgré une facilité apparente

demande une extrême habitude pour être pratiquée convenablement, si bien que Frazier a pu écrire « qu'un médecin non rigoureusement entraîné, n'était pas plus qualifié pour employer la méthode non sanglante, que pour pratiquer l'opération chirurgicale ».

Outre la section physiologique, nerveuse qu'elle procure, les examens de Schlösser, Finkelburg et de Beule sur des ganglions de Gasser, après traitement des branches périphériques par l'alcool, ont montré que la chromolyse était d'autant plus intense que l'intervention avait été plus rapprochée de ce ganglion.

Seuls, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur, peuvent être traités par cette méthode. L'ophtalmique se divisant à l'intérieur du crâne ne peut être atteint comme les deux autres branches. D'après MM. Lévy et Baudouin, l'alcoolisation du nerf sus-orbitaire amène la sédation des douleurs dans la majorité des cas.

Sans entrer dans les détails de la technique que préconisent ces auteurs, nous citerons les points de repère commodes qu'ils indiquent pour aller alcooliser les nerfs en bonne place.

Le maxillaire supérieur sera atteint en enfonçant l'aiguille en un point situé sur une ligne verticale prolongeant le bord postérieur de l'apophyse orbitaire de l'os malaire au moment où elle coupe le bord inférieur du zygoma ; le nerf se trouve à une profondeur de 5 centimètres environ. On arrivera

sur le nerf maxillaire inférieur en enfonçant l'aiguille au ras de l'arcade zygomatique et en dessous en un point situé à 25 millimètres en avant du heurt de Farabeuf. L'aiguille ne sera enfoncée qu'à une profondeur de 4 centimètres.

L'alcool est injecté à titre progressivement croissants 70-80-90°. Dans les formes très tenaces, on a pu employer de l'alcool additionné du 1/5 de son volume de chloroforme.

Dans les cas de névralgie essentielle cette méthode amène rapidement la sédation de la douleur et si la récurrence est fréquente, sa grande valeur réside dans les améliorations très longues qu'aucune autre méthode sauf la radicotomie gassérienne ne peut compter à son actif.

MM. Lévy et Baudouin pouvaient donner dès 1909 une statistique de 104 cas avec seulement 7 échecs, et si ces résultats semblent moins considérables depuis la mise en pratique de la neurotomie rétro-gassérienne, elle garde encore des avantages très appréciables qui lui donnent toujours une très haute valeur.

L'intervention est toujours moins grave — pratiquée par des mains expertes — qu'une opération sanglante.

Le malade envisagera une alcoolisation avec moins d'appréhension et l'acceptera avec plus de facilité.

Si les récurrences sont malheureusement fréquentes, les alcoolisations répétées sont venues fréquemment à bout de la douleur.

Elle est seule praticable chez les personnes très

âgées, chez les sujets tarés, chez lesquels une anesthésie générale serait fatale.

Enfin, au lieu d'opposer les deux méthodes, M. de Martel a pu montrer combien l'alcoolisation donnait une indication opératoire précieuse pour pratiquer la neurotomie rétrogradée. Les cas soulagés complètement par l'alcoolisation étant ceux où la neurotomie donnerait ses résultats les plus complets.

On a pu cependant élever un certain nombre de critiques qui, si elles montrent que l'alcoolisation n'est pas la méthode de traitement idéale et parfaite, n'enlèvent rien de sa valeur, qui reste toujours très grande.

La paralysie d'autres nerfs que ceux que l'on cherche à atteindre se produit lorsque l'alcool diffuse en dehors des limites où l'on aurait voulu se maintenir, et cela malgré toutes les précautions et une technique bien réglée.

Les fibres musculaires se nécrosent, elles aussi, aux points touchés par l'alcool et celui-ci injecté, même en petite quantité, dans un rameau artériel peut produire du sphacèle à distance. Quand l'anesthésie dans le territoire du rameau du trijumeau est produite prouvant que l'alcoolisation est bien faite on peut voir apparaître des troubles trophiques du côté de la cornée, sans d'ailleurs qu'on puisse en attribuer exclusivement la cause à la méthode en elle-même.

On a pu remarquer que les alcoolisations répétées, par les réactions qu'elles provoquent du côté du ganglion et de ses enveloppes, rendent une inter-

vention chirurgicale ultérieure plus laborieuse.

L'objection la plus forte que l'on a pu enfin lui faire est que si certains malades bénéficient d'accalmies assez longues et peuvent vivre une vie pratiquement normale au prix de quelques alcoolisations espacées, chez d'autres les récidives sont d'une rapidité décourageante, donnant ainsi l'indication d'un autre genre d'intervention.

S'il y a récidive rapide, la conduite sera différente à tenir suivant que le malade sera d'un certain âge ou qu'il sera jeune et vigoureux. Quoique l'âge ne soit pas une contre-indication formelle à une radicotomie, puisque parmi des opérés M. Baudouin pouvait citer un sujet de 78 ans et que les interventions chez des sujets de 65 et 70 ans ne soient pas rares, il faut bien reconnaître que malgré les précautions suivies dans les interventions sur les centres nerveux, le shock opératoire est toujours à redouter chez un vieillard.

Pour M. de Martel, s'attarder aux alcoolisations est une erreur chez un sujet vigoureux et, s'il pose la règle si judicieuse de l'alcoolisation toujours préalable, il conseille l'intervention chirurgicale, dès que le diagnostic de névralgie essentielle a reçu sa dernière preuve par l'alcoolisation profonde, en plus des caractères cliniques dûment constatés.

M. Baudouin va même plus loin et a pu dire dernièrement qu'à son sens, « dans l'avenir, l'alcoolisation ne vivrait que des contre-indications de la neurotomie ».

V

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les avantages de l'alcoolisation profonde sur les autres méthodes chirurgicales et en particulier sur la gasserectomie ne sont plus aussi marqués, depuis que la neurotomie rétrogassérienne est venue s'ajouter à nos ressources thérapeutiques, non seulement avec ses avantages marqués de plus grande facilité opératoire, mais encore avec les résultats durables et complets qu'elle procure.

La gassérectomie malgré l'audace et l'adresse des chirurgiens qui l'ont pratiquée, donnait une mortalité opératoire énorme : variant de 15 à 50 o/o, son exécution était fort difficile et très dangereuse, en raison des rapports du ganglion de Gasser, principalement dans la région antéro-interne. L'ouverture du sinus caverneux, la blessure de la carotide interne ou celle des nerfs moteurs de l'œil étaient fréquentes. La racine motrice était régulièrement sacrifiée. L'ablation complète du ganglion était souvent impossible et si l'on arrivait à en faire l'ablation totale les troubles trophiques du côté de l'œil étaient fréquents.

Les difficultés et les risques opératoires n'ont pas

été les seules raisons qui ont conduit les chirurgiens à pratiquer un autre genre d'intervention.

Les constatations histologiques de Van Gehuchten en Belgique, de Spiller en Amérique, après section de la racine bulbo-gassérienne, ont montré que le bout périphérique de cette racine (le centre trophique étant au ganglion) dégénérât, et, point important, qu'il ne se régénérât pas, contrairement à ce qui se passe pour les fibres des nerfs périphériques, qui, après section, se reconstituent par prolifération du bout central.

De plus on ne constatait par de chromatolyse des cellules du ganglion de Gasser, fait observé à des degrés divers à la suite de la moindre intervention sur un rameau périphérique du trijumeau.

Cette opération pratiquée correctement devait donc donner non seulement un résultat complet, mais encore mettre à l'abri de toute récive.

Ce fut Cushing, qui, sur les conseils de Spiller, a pratiqué les premières interventions.

La neurotomie rétro-gassérienne ne doit s'envisager que dans les cas nettement diagnostiqués de névralgie faciale essentielle.

La pratique, en dehors serait aller au-devant d'un échec, dont la méthode en elle-même ne saurait être rendue responsable.

Outre les signes cliniques de la grande prosopalgie, unilatéralité de la douleur, limitation stricte au trijumeau, absence de manifestation d'irritation d'autres nerfs, discontinuité très nette de la souffrance

absence d'étiologie soigneusement recherchée, la névralgie devra être d'intensité suffisante pour légitimer une telle intervention.

Son indication opératoire sera formelle, pour M. de Martel, dans le cas où l'alcoolisation profonde, pratiquée antérieurement aura procuré la sédation des douleurs de façon complète. Et il pense que cette façon de procéder est la meilleure et la plus raisonnable, permettant de s'orienter de façon certaine dans les cas trop souvent nombreux où les signes cliniques manqueraient de netteté.

Si les contre-indications opératoires demeurent les mêmes que celles qui s'opposent à toute intervention grave chez des sujets tarés ou malades, la plus recon nue, celle sur laquelle les auteurs ont insisté avec le plus de force est le type de névralgie à type continu.

Si l'on envisage à toute force sa possibilité sur les instances vives du malade, en raison de la violence de la douleur, ou devant l'échec de tous les autres moyens thérapeutiques, il faut se résigner à ne la faire qu'à la toute dernière extrémité. L'échec est la règle en pareil cas et M. de Martel a pu citer un cas de ce genre opéré par lui, dont le résultat fut négatif comme il avait été d'ailleurs prévu.

VI

Sans pouvoir entrer dans les détails de technique opératoire — nous essaierons de donner un aperçu de la technique suivie par M. de Martel — avec la méthode qu'il suit pour retrouver facilement la racine du ganglion et qui est un des points les plus importants de l'opération.

L'incision est faite en demi-cercle au-dessus de l'oreille ; la fosse temporale est trépanée de la base du rocher à un travers de doigt en arrière de l'apophyse zygomatique ; on pratique le décollement de la dure-mère sur la face antérieure du rocher, en reconnaissant successivement l'*eminentia arcuata*, la large dépression qui lui fait suite et le tubercule de Princeteau en dedans duquel passe la racine sensitive du trijumeau.

Dans les cas heureux, l'enveloppe dure-mérienne qui masque le nerf se déchire généralement et le liquide céphalo-rachidien s'écoule ; le nerf apparaît alors bien visible. Quand cela ne se produit pas, au lieu d'ouvrir l'enveloppe du nerf, on ouvre la dure-mère de l'étage moyen du crâne, ce qui rend la poursuite de l'opération très compliquée.

On tourne la difficulté en allant reconnaître le trou oval. La dure-mère est décollée jusqu'au trou petit rond, la méningée moyenne est sectionnée et l'orifice qui lui livre passage obturé.

On reconnaît la demi-circonférence externe du trou oval, le long duquel la dure-mère est incisée. Cette membrane est repoussée vers le tubercule de Princeteau. Le nerf maxillaire inférieur apparaît et il est alors aisé en suivant la ligne qui va du trou oval au tubercule de Princeteau d'ouvrir la loge du ganglion suivant son bord externe. Au moment où le liquide céphalo-rachidien s'échappe, on voit que la racine est découverte. Cette portion rétropétreuse du trijumeau baigne en effet et assez largement dans le liquide céphalo rachidien

La racine étant découverte, on peut, soit la charger sur un crochet et le tirer doucement, elle se détache de la protubérance sort de la loge cérébelleuse et vient flotter dans la loge cérébrale, soit la sectionner.

On a reproché à l'arrachement de provoquer des hémorragies protubérantielles, pouvant avoir pour conséquence la paralysie du moteur oculaire externe ou du facial. M. Percival Bailey pense que cette manière de voir est une simple hypothèse qui ne repose sur aucune constatation, ni anatomo-pathologique, ni expérimentale et qui de plus ne concorde pas avec les faits cliniques, la même paralysie survenant parfois après section de la racine avec la guillotine d'Adson ou même après l'opération d'Abbé.

La section aurait de plus les inconvénients mis en évidence par cet auteur : d'une part d'obliger à relever plus fortement le cerveau d'où danger malheureusement facile de compression avec ses conséquences ; d'autre part de pouvoir laisser quelques fibres non sectionnées.

On cherche à épargner la petite racine du trijumeau sans y parvenir toujours ; il y a dans ce cas paralysie des muscles masticateurs. Le malade doit en être prévenu ; mais cette paralysie devient pratiquement négligeable dans la suite par l'adaptation rapide qui se produit.

Malgré sa facilité apparente, en tout cas bien inférieure comme difficultés à la gassérectomie simple, on a pu faire à la radicotomie un certain nombre de critiques que M. Robineau a pu formuler ainsi :

On ne possède qu'un champ opératoire très étroit, le décollement de la dure-mère est limité en avant par ses insertions au trou petit rond, à l'émergence de la méningée moyenne, en arrière par l'insertion au bord supérieur du rocher le long du sinus pétreux supérieur. Dans cet espace étroit, les repères osseux ne guident pas nécessairement sur la racine du trijumeau, au point où elle aborde le rocher. Le tubercule de Princeteau n'est pas aisé à découvrir. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien, issu de la gaine de la racine cherchée, peut résulter d'une fissure de la dure-mère au cours de son décollement et ne révèle pas forcément la présence de la racine.

Ces réserves montrent simplement que la neuro-

tomie rétrogassérienne ne doit être confiée qu'à un chirurgien expert et sachant la pratiquer. Le plus bel éloge que l'on puisse en faire c'est qu'après avoir formulé ces critiques M. Robineau lui-même s'y est rallié.

Voici comment M. de Martel en décrit les résultats. Les suites opératoires sont des plus simples ; aussitôt après l'opération il y a disparition du réflexe cornéen, anesthésie au contact léger dans tout le territoire du trijumeau, sauf s'il y a eu traitement alcoolique antérieur auquel cas des suppléances se sont produites. La sensibilité à la pression et à la figure persistent assez souvent. Le malade éprouve la sensation de figure en carton ; il y a de la difficulté à matisquer par hémianesthésie de la langue et par paralysie des masticateurs si la racine motrice a été coupée.

Les troubles trophiques du côté de l'œil sont moins accentuées que dans la gassérectomie, mais existent cependant.

D'ailleurs dans cette intervention, comme dans le traitement par alcoolisation profonde, le traitement prophylactique de la kératite a une valeur indiscutable.

Les troubles du côté de l'œil ne sont pas toujours admis comme étant des troubles trophiques ; la perte de la sensibilité de la cornée laissant pénétrer des corps étrangers sans réagir, suffit à produire des lésions, ainsi que M. Percival Bailey l'a fait remarquer.

Dans le cas de névralgie essentielle, les douleurs cessent immédiatement. MM. Sicard et Robineau enregistraient en avril 1922, 16 succès, et en mai de la même année M. de Martel a pu produire un ensemble de 30 cas, avec 26 succès, 2 morts et 2 insuccès.

Les deux morts ne laissent rien préjuger sur la valeur de l'opération en elle-même. L'une fut le résultat de l'hémorragie et du shock d'une opération pratiquée trop rapidement; l'autre fut causée par hémorragie de la méningée moyenne; la cheville d'ivoire, obturant le trou petit rond ayant sauté sans qu'on se soit aperçu que le malade saignait (c'était la nuit) et on crut qu'il dormait.

Des deux insuccès l'un fut très relatif, puisque la malade ne ressentit plus aucune douleur, elle prétendit être encore plus incommodée par la sensation de mort du côté opéré que par les douleurs dont elle se plaignait antérieurement.

L'autre ne rentrait pas dans la catégorie de la névralgie faciale à type discontinu, point sur lequel tous les auteurs ont insisté à l'unanimité, et si le résultat de l'intervention ne fut pas favorable, les signes cliniques et l'échec des injections d'alcool pratiquées antérieurement, l'avaient fait nettement prévoir.

Les statistiques des autres auteurs, Frazier, Cushing, de Beule ont pu enregistrer une courbe de mortalité ayant tombé de 50 o/o dans l'ancienne gassérectomie à 2 ou 3 o/o maximum avec la radicotomie pratiquée actuellement.

VII

S'il n'y a aucun doute quant à l'indication opératoire dans les cas de névralgie essentielle, il semble qu'on ait tendance à vouloir étendre les indications de la neurotomie rétro-gassérienne et à l'utiliser dans certaines formes de névralgies symptomatiques en particulier dans l'algie consécutive au zona.

M. Sicard a en effet rapporté à la Société de Neurologie trois cas d'algies post-zostérienne ou la radicotomie, par arrachement fut pratiquée. L'arrachement, de préférence à la section, qui, en outre des avantages énumérés plus haut, serait plus efficace en raison de l'atteinte profonde probable de la toxoinfection dans le zona.

Il existait une intensité telle de la douleur, et les tentatives d'alcoolisation dans le zona ayant toujours échoué, d'après cet auteur, qu'il était légitime de pratiquer une intervention de ce genre. Si à la vérité un seul des sujets a pu en retirer une guérison complète, l'intervention n'a pas porté sur un nombre suffisant de cas de ce genre, pour qu'on puisse s'en faire une opinion arrêtée.

Pour M. Baudouin, la règle en pareil cas est que

si prolongées que soient les douleurs de la névralgie post-zostérienne, elles finissent par guérir au bout d'un temps variant entre un an et dix-huit mois et il ne peut envisager la neurotomie qu'à la dernière extrémité et après épuisement de toutes les autres ressources thérapeutiques.

D'autres traitements ont en effet été essayés en admettant l'hypothèse d'un rôle assez prépondérant joué par le système sympathique dans l'algie du zona ophtalmique. M. Clovis Vincent a pu rapporter en mai 1922, deux cas de ce genre, traités avec succès par alcoolisation de la gaine sympathique périartérielle temporale.

Cette méthode fut inspirée par le succès obtenu chez un blessé de guerre, amputé de la jambe gauche et dont le moignon était le siège de douleurs excessivement violentes, que la section des nerfs principaux de la région n'avait pas calmées et qui ne cédèrent que lorsque la résection de la gaine sympathique femorale fut pratiquée.

Chez ces deux malades on pratiqua l'alcoolisation du nerf frontal et l'alcoolisation périartérielle temporale, et ce qui montrera bien la justesse de cette intervention, c'est que chez l'un de ces malades l'alcoolisation du nerf frontal ayant été seule pratiquée, les douleurs ne cessèrent que lorsqu'on eu pratiqué l'alcoolisation de la gaine temporale à deux reprises différentes.

Chez ce second sujet le nerf frontal et la gaine temporale du côté malade avaient été alcoolisés en-

semble. Les douleurs ayant récidivé, il parut logique d'alcooliser la gaine périartérielle du côté opposé, en raison des anastomoses que les rameaux sympathiques de même que les rameaux artériels contractent de chaque côté. — Les douleurs cessèrent aussitôt après.

Si les indications de la neurotomie rétro-gassérienne nous ont entraîné à sortir du champ de notre sujet, il n'en reste pas moins qu'en dehors d'indications exceptionnelles telle que les algies post-zostériennes, les indications de cette intervention restent étroitement localisées à celle de la grande prosopalgie, seule algie faciale chez laquelle elle est susceptible de donner des résultats durables et complets.

CONCLUSIONS

La grande névralgie faciale présente un tableau clinique bien fixe, fondé sur l'absence de causes apparentes, l'âge auquel elle survient, mais surtout sur le caractère paroxystique et discontinu de la douleur, son unilatéralité, l'intégrité de la sensibilité objective ou même l'hyperesthésie dans le domaine du trijumeau, sa limitation stricte au territoire de ce nerf.

Ces caractères permettrons en général de la distinguer assez aisément de la névralgie symptomatique ou encore de ces algies faciales atypiques, dont le cadre est encore imprécis, dites algies sympathiques, névralgisme facial ou cenestalgie.

Comme les formes cliniques de la névralgie essentielle, variables sont les indications thérapeutiques. Elles dépendent de l'intensité des crises douloureuses, de leur fréquence, de l'ancienneté de l'affection, de l'âge du sujet, de sa résistance organique générale.

Aux formes frustes, où à celles dont les accidents ont un début récent, s'applique le traitement par les moyens médicamenteux ou physicochimiques. C'est ainsi que l'on pourra toujours utiliser avec avantage

l'aconitine à la dose de trois à cinq dixièmes de milligrammes, par doses fractionnées, les courants galvaniques de haute intensité en application prolongée qui semblent agir par neurolyse ; l'ionothérapie avec l'acétate d'aconitine au millième qui peut donner des résultats appréciables. Les bains de lumière, la diathermie, la radiothérapie ont aussi été employés. L'injection d'alcool à l'émergence des branches du trijumeau au niveau de la face, mérite d'être envisagée dans les formes partielles.

Mais ils convient de savoir que si ces divers moyens thérapeutiques peuvent donner des résultats appréciables, dans la grande prosopalgie ils n'ont jamais qu'une action insuffisante, temporaire ou même nulle.

Force est donc de recourir à d'autres moyens plus efficaces. Deux se présentent à nous : l'alcoolisation de la V^e paire à la base du crâne ou la neurotomie rétro-gassérienne ; médical ou chirurgical, ils ont un même objet, la section physiologique ou anatomique des racines du trijumeau.

L'injection d'alcool, indiscutablement, doit être proposée à tout malade qui n'a pas encore été traité. Quoique demandant une technique bien réglée, elle a l'avantage d'être une intervention bénigne en des mains expertes. Elle détermine presque toujours une sédation des douleurs, souvent une disparition complète de ces dernières. Malheureusement les douleurs dans la majorité des cas, réapparaissent après un temps variable avec la régénération des fibres venues du ganglion.

Dans ce cas la neurotomie rétro-gassérienne doit être proposée à tous les sujets jugés aptes à subir cette intervention chirurgicale ; l'alcoolisation restant la part des sujets âgés et déprimés, ou de ceux chez lesquels une première injection d'alcool n'aurait pas donné de résultats appréciables. Agissant par le même mécanisme, l'alcoolisation et la neurotomie donnent en effet des résultats parallèles, avec cette différence que dans un cas ils ne sont trop souvent que transitoires, dans l'autre ils sont toujours définitifs.

Imaginée par deux neurologistes, Van Gehuchten et Spiller, pratiquée par Frazer et Cushing, c'est à M. de Martel que revient le mérite d'avoir introduit en France la neurotomie rétro-gassérienne.

Elle doit être évidemment réservée aux formes sérieuses de névralgie faciale, et qui ont déjà été améliorées par une alcoolisation antérieure ; c'est là le gage le plus sûr du résultat opératoire.

Vu : le président de la thèse

H. CLAUDE

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer.

le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

